

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

ANNÉE 1963 — N° 32

**COMPLICATIONS PHLÉBITIQUES DANS LES
SUITES DE CINQ CENTS CÉSARIENNES
OBSERVÉES EN SÉRIE A LA
CLINIQUE OBSTÉTRICALE**

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 26 FEVRIER 1963

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

par

THÉOLEYRE JACQUES

Externe en Premier des Hôpitaux de Lyon
et de la Maternité

Né le 23 Mars 1936 à VIRIEU (Isère)



IMPRIMERIE DES BEAUX-ARTS
CAMILLE ANNEQUIN, 19, RUE ROUX-SOIGNAT, LYON

1963

COMPLICATIONS PHLÉBITIQUES
DANS LES SUITES DE CINQ CENTS CÉSARIENNES
OBSERVÉES EN SÉRIE
A LA CLINIQUE OBSTÉTRICALE

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyen Honoraire	MM. J. LÉPINE
Doyen	H. HERMANN
Assesseur	M. LEVRAT
Assesseur	L. REVOL

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. COLLET, GUIART, PATEL, LÉPINE, TRILLAT, MOURIQUAND
MAZEL, GARIN, GATÉ, MARTIN, GABRIELLE, SANTY, DUCLOS, GUILLEMINET

PROFESSEURS

Physiologie A	MM. HERMANN
Clinique urologique	CIBERT
Physique biologique	PONTHUS (détaché à Beyrouth)
Clinique neuro-psychiatrique et Hygiène mentale	DECHAUME
Thérapeutique chirurgicale et chirurgie opératoire	ROCHET
Chimie organique et Toxicologie	CHAMBON
Clinique chirurgicale B	WERTHEIMER
Clinique médicale B	PAUPERT-RAVAULT
Clinique et Prophylaxie cardio-vasculaires	FROMENT
Clinique médicale C	CROIZAT
Chimie biologique et médicale	ENSELME
Clinique chirurgicale A	MALLET-GUY
Pharmacie galénique et matière médicale	REVOL
Clinique gynécologique	POLLOSSON
Clinique obstétricale	PIGEAUD
Médecine du Travail	BOURRET
Clinique médicale A	LEVRAT
Hygiène et Action sanitaire et sociale	SOHIER
Clinique médicale infantile et Hygiène du premier âge	BERNHEIM
Biologie médicale et pharmacodynamie	JOURDAN
Botanique et cryptogamie	NETIEN
Clinique chirurgicale C	BERTRAND
Chimie analytique pharmaceutique	BADINAND
Pharmacie chimique et pharmacologie	DREVON
Médecine légale et déontologie	ROCHE
Parasitologie et Pathologie exotique	COUDERT
Clinique d'oto-rhino-laryngologie et d'audio-phonologie	MOUNIER-KUHN
Clinique ophtalmologique	PAUFIQUE
Clinique de dermatologie, syphiligraphie et allergologie	THIERS
Clinique de pneumo-phtisiologie	BRUN
Clinique traumatologique des membres	J. CREYSSEL
Cancérologie	DARGENT
Anatomie pathologique	GUICHARD
Pathologie générale et expérimentale	P. GIRARD
Anatomie	LATARJET
Pathologie chirurgicale	PEYCELON
Thérapeutique	M. GIRARD
Pathologie médicale	VACHON
Physio-pathologie des voies respiratoires	GALY
Histologie et embryologie	XXX
Radiologie	PAPILLON
Clinique des maladies infectieuses	JEUNE
Hydrologie thérapeutique, Climatologie et Ecologie sociale	GONIN
Bactériologie	MONNET
Physiologie et pathologie obstétricales	BANSILLON
Physiologie B	CHATONNET
Clinique des maladies endocrinologiques	GUINET
Clinique de Chirurgie orthopédique	TRILLAT
Clinique de Chirurgie et d'Orthopédie infantiles	J. MARION
Clinique de Stomatologie	FREIDEL
Histologie	X...

PROFESSEURS A TITRE PERSONNEL

Physique nucléaire appliquée à la médecine.....	MM. BERGER
Technologie pharmaceutique.....	DORCHE
Physiologie.....	J.-F. CIER
Bactériologie.....	A. BERTOYE

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Parasitologie.....	MM. ROMAN
Pharmacie chimique et Pharmacologie.....	A. CIER
Chimie organique et Toxicologie.....	PERROT

MAITRES DE CONFÉRENCES AGRÉGÉS

Médecine

Anatomie pathologique.....	MM. FEROLDI
Chimie biologique et médicale.....	R. CREYSSEL
Anatomie.....	DUROUX
Thérapeutique.....	BRETTE
Histologie.....	DUMONT
Hygiène.....	THIVOLET
Parasitologie.....	GARIN
Physique.....	MORET
Anatomie.....	A. BOUCHET
Anatomie pathologique.....	M. TOMMASI
Hygiène.....	G. RIFFAT
Pathologie expérimentale.....	M. JOUVET
Hématologie.....	J. FAVRE-GILLY

Pharmacie

Botanique et cryptogamie.....	L. ODDOUX
Chimie analytique.....	R. MALLEIN
Chimie biologique.....	J. GRAS
Physique.....	J.-O. PEYRIN

AGRÉGÉS EN EXERCICE

Chargés d'enseignement

Médecine générale.....	M. PONT	Médecine légale.....	COLIN
Médecine générale.....	G. VIGNON	Médecine du Travail.....	TOLOT
Médecine générale.....	L. REVOL	Neuro-psychiatrie.....	J. GUYOTAT
Médecine générale.....	PLAUCHU	Neuro-psychiatrie.....	B. SCHOTT
Médecine générale.....	TRAEGER	Obstétrique.....	DUMONT
Chirurgie générale.....	P. MARION	Ophthalmologie.....	BONAMOUR
Chirurgie générale.....	MICHAUD	Urologie.....	L. DURAND
Chirurgie générale.....	JACQUET & BRATZKE	Médecine générale.....	A. GARDE
Chirurgie générale.....	J. SAUTOT	Médecine générale.....	A. PERRIN
Chirurgie générale.....	G. ATTILIEUX	Médecine générale.....	F. LARBRE
Chirurgie générale.....	BURTHIAULT	Médecine générale.....	R. MORNEX
Obstétrique.....	GIGNOUX	Médecine générale.....	J. NORMAND
Oto-rhino-laryngologie.....	R. FRANCOIS	Chirurgie générale.....	G. MARET
Pédiatrie.....	M. DEVIC	Chirurgie générale.....	J. DESCOTES
Médecine générale.....	DESPIERRES	Electro-radiologie.....	J.-L. CHASSARD
Médecine générale.....	Dr. MONTAUDO	Neuro-chirurgie.....	G. ALLEGRE
Chirurgie générale.....	FRANÇILLON	Ophthalmologie.....	R. HUGONNIER
Chirurgie générale.....	SAUBIER	Orthopédie.....	R. FAYSSÉ
Chirurgie générale.....	COLOMB	Oto-rhino-laryngologie.....	J. GAILLARD
Dermatologie et Syphiligraphie.....		Pneumo-phthisiologie.....	J.-C. KALB

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. PIGEAUD, Président ; MAGNIN, DUMONT, NOTTER, Assesseurs.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41553221_0034

**COMPLICATIONS PHLÉBITIQUES DANS LES
SUITES DE CINQ CENTS CÉSARIENNES
OBSERVÉES EN SÉRIE A LA
CLINIQUE OBSTÉTRICALE**

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 26 FEVRIER 1963

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

par

THÉOLEYRE JACQUES

Externe en Premier des Hôpitaux de Lyon
et de la Maternité

Né le 23 Mars 1936 à VIRIEU (Isère)



IMPRIMERIE DES BEAUX-ARTS
CAMILLE ANNEQUIN, 19, RUE ROUX-SOIGNAT, LYON

1963



A MA MÈRE, A MON PÈRE

Je ne trouverai jamais les mots capables de leur exprimer une reconnaissance à la mesure de ce qu'ils ont fait pour moi.

J'en dédie cette thèse, qu'elle reste pour eux le modeste témoignage de toute ma gratitude et de ma profonde affection.

A MES SŒURS, A MES FRÈRES

A MES BELLES-SŒURS, A MES BEAUX-FRÈRES

A MES NEVEUX

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS avec toute ma fidélité

A MES CAMARADES DE L'EXTERNAT ET DE L'INTERNAT

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur H. PIGEAUD

Professeur de Clinique Obstétricale

Nous avons l'honneur d'être son interne durant ce semestre. La perspicacité de son jugement, son souci de perfection et sa remarquable facilité d'enseigner nous le font particulièrement considérer.

Nous lui devons le sujet de cette thèse pour la rédaction de laquelle il nous a guidé avec bienveillance.

Heureux d'être formé par ce maître nous le prions de croire à notre dévouée gratitude.

A NOS JUGES

A Monsieur le Professeur Agrégé P. MAGNIN

Accoucheur des Hôpitaux

L'étendue de ses connaissances, le point d'honneur qu'il met à se tenir sans arrêt au courant des idées nouvelles nous le font particulièrement apprécier.

La clarté, la précision et la documentation de ses leçons les rendent très profitables.

Nous le remercions de la bienveillance qu'il a montré à notre égard et sommes sensibles à l'honneur qu'il nous fait en acceptant d'être notre juge.

A Monsieur le Professeur Agrégé M. DUMONT

Accoucheur des Hôpitaux

Nous avons profité durant nos années d'étude à la Faculté, de l'élégance et de la concision de son enseignement.

Il a accepté de faire partie de notre jury de thèse. Nous le prions de croire à l'expression de notre respect et de notre reconnaissance.

A Monsieur le Professeur Agrégé A. NOTTER

Accoucheur des Hôpitaux

Le soin qu'il apporte à ne pas négliger la psycho-prophylaxie en obstétrique est pour nous la traduction de la double efficacité, à la fois médicale mais aussi psychologique de cette discipline.

Qu'il veuille bien trouver ici le témoignage de notre respectueuse gratitude.

A Monsieur le Professeur Agrégé E. LEJEUNE

Médecin des Hôpitaux

Il nous a aidé et guidé affectueusement durant nos études médicales. Nous lui devons beaucoup. Nous admirons chez lui la perfection et le goût avec lequel il exerce.

Qu'il veuille bien accepter l'expression de notre reconnaissance pour sa délicatesse constante, et croire à notre profond attachement.

A Monsieur le Professeur Agrégé BURTHIAULT

A Messieurs CHARVET, NEUMANN,
NELKEN, REBOUL D'AUBIGNY, DUMAS

En les remerciant de leur bienveillance à notre égard.

AUX SŒURS DE LA MATERNITÉ

A MESDAMES LES SAGES-FEMMES

A NOS MAITRES DE LA FACULTÉ

A NOS MAITRES DANS LES HOPITAUX

EXTERNAT

Monsieur le Professeur H. PIGEAUD

Monsieur le Professeur Agrégé J. MATHIEU

Monsieur le Professeur M. DARGENT

Monsieur le Professeur Agrégé J. PERRIN

Monsieur le Professeur A. TRILLAT

Monsieur le Professeur M. GIRARD

Monsieur le Professeur Agrégé L. REVOL

Monsieur le Professeur CROIZAT

INTRODUCTION

Pendant notre semestre d'Internat à la Clinique Obstétricale, nous avons eu l'occasion d'observer des malades ayant présenté une phlébite dans les suites d'une opération césarienne. Il nous a paru intéressant à l'occasion de notre thèse inaugurale de rechercher au cours des dernières années tous les cas de complications phlébitiques recueillis chez les opérées de la Clinique Obstétricale.

Remontant dans le temps à partir du premier janvier 1962, nous avons recueilli 500 observations de femmes ayant subi dans le Service une opération césarienne. Nous n'avons retenu que les cas de Phlegmatia alba dolens éliminant les accidents veineux superficiels qui présentent un tout autre caractère. A propos de ces 500 observations nous n'avons retenu que les cas de phlébite certaine dont le diagnostic était fait par la convergence de plusieurs symptômes. Nous avons écarté un certain nombre d'observations dans lesquelles la malade accusait une douleur au niveau du mollet mais chez qui aucun autre signe de phlébite ne pouvait être mis en évidence et qui de ce fait n'ont subi aucun traitement spécial, la douleur ayant disparu spontanément en quelques jours.

1°) Nous allons à propos de ces observations de phlébite rechercher d'abord si l'on peut établir une relation entre ces accidents et le facteur pathologique ayant conduit à pratiquer une césarienne : césarienne prophylactique, curative pour bassin rétréci, après épreuve du travail, césarienne pour placenta prævia, diabète, iso-immunisation, grossesse prolongée, etc...

2°) Dans une deuxième partie nous chercherons à analyser après ces observations de phlébite, les documents concernant l'analyse de la coagulation du sang toujours étudiée systématiquement dans le Service au cours des suites de l'opération.

a) Dans un premier paragraphe nous étudierons les taux de prothrombine et de fibrinogène : à lui seul le taux de prothrombine est sans signification, cette recherche nous servant surtout pour la surveillance du traitement anti-coagulant, le taux de fibrinogène paraissant plus intéressant.

b) Dans un deuxième paragraphe nous étudierons un nombre important de documents ayant trait à l'analyse du test à l'héparine et du thrombo-élastogramme, et nous chercherons à savoir si par l'étude de nos observations, nos moyens d'investigation sont susceptibles d'aider au dépistage et s'ils nous autorisent à mettre en œuvre une thérapeutique prophylactique.

NOS OBSERVATIONS

OBSERVATION N° 1

Madame Fra..., 35 ans - 1962 - N° 261.

Primigeste-primipare.

Antécédents : rien à signaler.

Indication opératoire : césarienne prophylactique pour bassin rétréci au niveau du détroit inférieur principalement.

Indication secondaire pour grossesse prolongée vérifiée par le frottis vaginal, grossesse prolongée de 21 jours chez une primipare âgée.

Pas de rupture des membranes avant l'intervention.

Intervention : anesthésie au nesdonal-protoxyde, et opération sans incident.

Apparition de la phlébite au 8^e jour.

Bilan de laboratoire au 5^e jour : prothrombine 63 % - fibrinogène 8,40, test à l'héparine : indice à 0,90, hypo-coagulabilité au thrombo-élastogramme.

Pas de complication phlébitique. Départ au 18^e jour après la césarienne sans séquelle.

OBSERVATION N° 2

Madame Car.... 31 ans - 1962 - N° 764.

V^e geste et III^e pare sans enfant vivant.

Antécédents personnels : appendicectomie à 15 ans, pré-diabète, asthme.

Pas de rupture des membranes avant l'intervention.

Indication opératoire : césarienne prophylactique pour poly-mortalité infantile et bassin rétréci.

Intervention : anesthésie au protoxyde-éther, incision pfannenstiell.

Incidents : hystérotomie très hémorragique sur un segment inférieur mal constitué.

Date d'apparition de la phlébite : le 6^e jour.

Le laboratoire montre une prothrombine à 81 %, et le thrombo-élastogramme, une hypo-coagulabilité.

Pas de complication phlébitique.

Départ au 30^e jour après la césarienne.

OBSERVATION N° 3

Madame Ser..., 35 ans - 1962 - N° 2903.

Pas d'antécédents personnels.

X^e geste - IX^e pare.

Indication opératoire : césarienne prophylactique pour poly-mortalité infantile sur un bassin rétréci transversalement et présentation l'épaule.

Pas de rupture des membranes avant l'intervention.

Intervention : sans incident sous anesthésie au nesdonal.

Apparition de la phlébite au 7^e jour.

Le laboratoire montre une prothrombine à 95 % et le thrombo-élastogramme montre une hyper-coagulabilité.

Pas de complication ni de séquelle.

Départ au 19^e jour après la césarienne.

OBSERVATION N° 4

Madame Gue..., 41 ans - 1961 - N° 1856.

Antécédents personnels : rien à signaler.

VI^e geste - VI^e pare.

Indication opératoire : césarienne curative pour placenta prævia latéral avec iso-immunisation.

Pas de rupture des membranes avant l'intervention.

Intervention : sous anesthésie au nesdonal. Opération sans incident.

Suites immédiates : œdème du membre supérieur consécutif à la mise en place de la perfusion mais ayant évoqué l'exceptionnelle phlébite du membre supérieur.

Au 11^e jour infarctus pulmonaire.

Phlébite du membre inférieur gauche au 12^e jour.

Le laboratoire montre une prothrombine à 88 %, un fibrinogène à 5 grammes, un test à l'héparine avec un indice inférieur à 1,2.

L'infarctus pulmonaire du 11^e jour est interprété comme une complication d'une phlébite jusque-là latente.

Pas de séquelle et départ au 30^e jour après la césarienne.

OBSERVATION N° 5

Madame Pon..., 26 ans - 1960 - N° 126.

Antécédents personnels : tumeur cérébrale entraînant des crises d'épilepsie.

IV^e geste - III^e pare.

Indication opératoire : césarienne prophylactique pour bassin rétréci (césarienne itérative).

Pas de rupture des membranes avant l'intervention.

Intervention : sous anesthésie nesdonal-flaxedil, on a quelques difficultés dues aux adhérences contractées par l'intervention antérieure, la fermeture du myomètre est assez hémorragique.

Les suites immédiates sont fébriles et la phlébite apparaît le 16^e jour.

Le laboratoire montre une prothrombine à 103 %, un fibrinogène à 8,55 gr, le test à l'héparine est normal.

Pas de complication phlébitique ni de séquelle notées.

Départ le 38^e jour après la césarienne.

OBSERVATION N° 6

Madame Bar..., 43 ans - 1960 - N° 164.

Pas d'antécédents personnels.

IV^e geste - IV^e pare.

Indication opératoire : césarienne prophylactique pour périnéorraphie antérieure et néphropathie gravidique.

Pas de rupture des membranes avant l'intervention.

Intervention : anesthésie au protoxyde-éther, permettant une opération pour laquelle on a quelques difficultés d'hémostase.

Apparition de la phlébite au 7^e jour.

Le laboratoire montre un fibrinogène à 4,25 gr avec un test à l'héparine normal.

Pas de complication phlébitique ni de séquelle.

Départ au 19^e jour après la césarienne.

OBSERVATION N° 7

Madame Der..., 36 ans - 1960 - N° 276.

Antécédents personnels : luxation congénitale de la hanche.

IV^e geste - III^e pare.

Indication opératoire : césarienne curative après épreuve utérine pour césarienne antérieure, luxation congénitale et bassin généralement rétréci.

Membranes rompues spontanément avant l'intervention.

Intervention : sous anesthésie générale nesdonal-curare, on tombe sur de nombreuses adhérences et on s'aperçoit en fin d'intervention d'une brèche de la face postérieure de la vessie.

On termine par une stérilisation avec résection et enfouissement de la trompe droite.

Apparition de la phlébite au 8^e jour.

Le laboratoire montre une prothrombine à 108 %, un fibrinogène à 10,2 gr, un test à l'Héparine traduisant une hyper-coagulabilité nette, le Thrombo-élastogramme traduisant lui aussi une hyper-coagulabilité.

Pas de complication ni de séquelle.

Départ au 30^e jour après la césarienne.

OBSERVATION N° 8

Madame Len..., 35 ans - 1960 - N° 366.

Antécédents personnels : troubles hépatiques avec affection vésiculaire.

Primi-geste - primipare.

Membranes intactes avant l'intervention.

Indication opératoire : césarienne prophylactique pour myomectomie pratiquée au deuxième mois et torsion utérine causée par un fibrome.

Intervention : sous anesthésie générale au protoxyde-éther, on passe à travers le placenta. Le segment inférieur étant assez hémorragique, la péritonisation est difficile et l'on note l'existence de plusieurs myomes en voie d'évolution.

Apparition de la phlébite au 6^e jour.

Le laboratoire nous montre une prothrombine à 125 %, un fibrinogène à 7,10 gr, un test à l'héparine traduisant une hyper-coagulabilité.

Infarctus pulmonaire dans les suites opératoires.

Départ au 31^e jour après la césarienne, sans séquelle.

OBSERVATION N° 9

Madame Rod..., 36 ans - 1960 - N° 1123.

Antécédents personnels : appendicectomie.

V^e geste - IV^e pare.

Rupture des membranes avant l'intervention.

Indication opératoire : césarienne prophylactique pour présentation transversale avec souffrance fœtale.

Intervention sous anesthésie générale au nesdonal-protoxyde-oxygène, sans incident.

Apparition de la phlébite au 9^e jour.

Le laboratoire nous montre une prothrombine à 105 %, un fibrinogène à 5,3 gr, un test à l'héparine normal.

Pas de complication mais départ au 25^e jour avec comme séquelles : de l'œdème et des troubles trophiques au niveau de la peau.

OBSERVATION N° 10

Madame Che., 31 ans - 1960 - N° 2610.

Pas d'antécédents personnels.

Primigeste et primipare.

Indication opératoire : césarienne curative après épreuve du travail pour : bassin rétréci, présentation du front, gros enfant.

Membranes rompues avant l'intervention.

Intervention : sous anesthésie au protoxyde-éther, on a quelques difficultés pour l'hémostase. De plus, accident d'anesthésie avec cyanose vomissements, phénomènes régressant avec l'aspiration et l'oxygéné-thérapie.

Ballonnement très important dans les suites immédiates.

Apparition de la phlébite au 10^e jour.

Le laboratoire nous montre une prothrombine à 90 %, un fibrinogène à 9 gr, l'indice du test de résistance à l'héparine est à 1,2,

Pas de séquelle ni de complication et départ au 29^e jour après la phlébite.

OBSERVATION N° 11

Madame Lau..., 34 ans - 1959 - N° 234.

Antécédents personnels : coxalgie droite à 6 ans avec plâtre porté pendant trois ans. A 14 ans arthrodèse.

Indication opératoire : césarienne curative après épreuve du travail pour bassin rétréci et présentation du front.

Membranes intactes avant l'opération.

Intervention : sous anesthésie générale au protoxyde-éther, l'extraction de l'enfant est un peu laborieuse.

Suites immédiates bonnes mais apparition de la phlébite au 5^e jour.

Le laboratoire nous montre une prothrombine à 110 %, un test de résistance à l'héparine normal.

Dans les suites lointaines on note un phlegmon du ligament large.

Départ en excellent état au 32^e jour sans séquelle phlébitique.

OBSERVATION N° 12

Madame Der..., 38 ans - 1959 - N° 435.

Antécédents personnels : appendicectomie et présacré.

II^e geste - III^e pare.

Indication opératoire : césarienne prophylactique pour antécédents répétés de mort inexplicable du fœtus in utero, fœtus très mobile contre-indiquant un accouchement provoqué.

Membranes intactes avant l'opération.

Intervention : sous anesthésie générale au protoxyde-éther, l'extraction est un peu laborieuse et l'hémostase difficile. Fermeture sur drain. R.A.S. dans les suites immédiates.

Apparition de la phlébite au 8^e jour.

Le laboratoire nous montre une prothrombine 125 %, un fibrinogène à 4,2 gr et un test de tolérance à l'héparine normal (indice à 1,08).

Départ au 29^e jour sans complication ni séquelle.

OBSERVATION N° 13

Madame Bon..., 42 ans - 1959 - N° 538.

Rien à signaler du point de vue antécédents personnels.

Primigeste - primipare.

Indication opératoire : césarienne prophylactique pour primipare âgée porteuse d'une néphropathie gravidique.

Membranes intactes avant l'intervention.

Intervention : sans incident sous anesthésie générale au Protoxyde-éther. Apparition de la phlébite au 16^e jour.

Le laboratoire nous montre une Prothrombine à 100 % et le test de tolérance à l'héparine traduit une hyper-coagulabilité.

Pas de complication phlébitique ni de séquelle.

Départ au 29^e jour après la césarienne.

OBSERVATION N° 14

Madame Cus..., 30 ans - 1959 - N° 1357.

Antécédents personnels : rien à signaler.

Primigeste - primipare.

Rupture des membranes 2 heures avant l'intervention.

Indication opératoire : césarienne prophylactique pour un gros fibrome prævia.

Intervention : sous anesthésie générale, extraction difficile d'un enfant en présentation du siège.

L'utérus est poly-fibromateux.

Apparition de la phlébite au 7^e jour.

Le laboratoire nous montre une prothrombine à 100 % et le test de tolérance à l'héparine traduit une hypo-coagulabilité.

Pas de complication ni de séquelle.

Départ au 31^e jour après la césarienne.

OBSERVATION N° 15

Madame Roc..., 27 ans - 1959 - N° 2.976.

Antécédents personnels : rien à signaler.

II^e geste - II^e pare.

Indication opératoire : césarienne prophylactique pour bassin rétréci chez une femme antérieurement césarisée.

Membranes intactes avant l'opération.

Intervention : sous anesthésie générale au protoxyde-éther, l'opération se déroule sans incident.

Apparition de la phlébite au 7^e jour.

Le laboratoire nous montre une prothrombine à 120 % et le test à l'héparine traduit une hyper-coagulabilité.

Pas de complication ni de séquelle.

Départ au 17^e jour après la césarienne.

OBSERVATION N° 16

Madame Cha..., 38 ans - 1958 - N° 1416.

Antécédents personnels : appendicectomie.

II^e geste - II^e pare.

Indication opératoire : césarienne prophylactique pour bassin rétréci chez une primipare âgée.

Membranes non rompues avant l'opération.

Intervention sans incident sous anesthésie générale au Protoxyde-éther.

Apparition de la phlébite au 10^e jour.

Le laboratoire nous montre une prothrombine à 93 %, un fibrinogène à 5,7 gr, un test à l'héparine traduisant une hyper-coagulabilité et un thrombo-élastogramme marquant une tendance à l'hyper-coagulabilité.

Pas de complication phébitique.

Mais séquelles à titre d'œdème de la jambe et du pied, œdème douloureux à la marche.

Départ au 30^e jour après la césarienne.

OBSERVATION N° 17

Madame Roc..., 26 ans - 1958 - N° 2273.

Antécédents personnels : luxation congénitale de la hanche droite.

Primigeste - primipare.

Indication opératoire : césarienne prophylactique pour bassin rétréci canaliculé.

Membranes intactes avant l'opération.

Intervention sans incident sous anesthésie générale au nesdonal-éther.

Apparition de la phlébite au 10^e jour.

Le laboratoire nous montre une prothrombine à 108 %, un fibrinogène à 3,7 gr, le test à l'héparine est normal.

Pas de complication ni de séquelle.

Départ le 22^e jour après la césarienne.

OBSERVATION^e N° 18

Madame Dam... 28 ans - 1957 - N° 257.

Antécédents personnels : broncho-pneumonie dans l'enfance.

IV^e geste - IV^e pare.

Indication opératoire : césarienne itérative prophylactique pour bassin rétréci.

Membranes non rompues avant l'opération.

Intervention : sous anesthésie générale à l'éther extraction sans incident d'une fille en position du siège.

Les suites sont bonnes mais apparition de la phlébite au 6^e jour.

Le laboratoire nous montre une prothrombine à 104 %, un fibrinogène à 3,75 gr.

Pas de complication ni de séquelle.

Départ en excellent état au 21^e jour après la césarienne.

OBSERVATION N° 19

Madame Mou..., 32 ans - 1957 - N° 847.

Antécédents personnels : appendicectomie à l'âge de 22 ans. Rétrécissement aortique apparu à 14 ans avec insuffisance mitrale actuellement bien tolérée.

III^e geste - III^e pare.

Indication opératoire : césarienne curative pour placenta prævia, cardiopathie, et néphropathie gravidique associée.

Membranes non rompues avant l'intervention.

Intervention : sous anesthésie générale à l'éther, l'opération se déroule sans incident.

Apparition de la phlébite au 15^e jour.

Le laboratoire nous montre une prothrombine à 85 %, le test de résistance à l'héparine est normal.

Complication phlébitique : infarctus pulmonaire droit.

Départ le 27^e jour sans séquelle.

OBSERVATION N° 20

Madame Jag..., 23 ans - 1956 - N° 134.

Antécédents personnels : rien à signaler.

III^e geste - II^e pare.

Indication opératoire : césarienne curative pour procidence du cordon en début de travail avec bassin rétréci.

Les membranes étaient rompues avant l'intervention (quelques heures avant).

Intervention : hystérotomie sous anesthésie générale à l'éther sans incident immédiat mais suivie d'un choc secondaire dans la soirée, choc d'origine vraisemblablement sérique.

Suites immédiates : péritonite le 4 jour avec laparotomie secondaire, sub-occlusion intestinale dans les suites encore plus tardives.

Apparition de la phlébite au 31^e jour.

Le laboratoire nous montre une prothrombine à 115 %, un fibrinogène à 3,15 gr.

Pas de séquelle ni de complication phlébitique.

Départ en bon état au 41 jour après la césarienne.

OBSERVATION N° 21

Madame Coc... 35 ans - 1956 - N° 172.

Antécédents personnels : rien à signaler.

II^e geste - II^e pare.

Indication opératoire : césarienne curative après épreuve du travail sur un bassin rétréci.

Membranes rompues quelques heures avant l'intervention (12 heures).

Intervention : sous anesthésie générale l'opération se déroule sans incident.

Apparition de la phlébite au 11^e jour.

Le laboratoire nous montre une prothrombine à 120 %, un fibrinogène à 7,25 gr, le test de résistance à l'héparine traduit une hyper-coagulabilité.

Pas de complication phlébitique ni de séquelle.

Départ au 20^e jour en excellent état.

OBSERVATION N° 22

Madame Ces..., 26 ans - 1956 - N° 720.

Antécédents personnels : rhumatisme articulaire aigu sans atteinte cardiaque.

IV^e geste - IV^e pare.

Indication opératoire : césarienne prophylactique itérative pour bassin rétréci et présentation de l'épaule.

Les membranes sont intactes avant l'opération.

Intervention : césarienne avec salpingectomie bilatérale, on note seulement un choc important en fin d'intervention bien qu'il n'y ait pas eu d'hémorragie abondante.

Rien à signaler dans les suites immédiates mais apparition de la phlébite au 6^e jour.

Le laboratoire nous montre une prothrombine à 100 %, un fibrinogène à 8 grammes, une très légère hyper-coagulabilité au test à l'héparine.

Pas de complication phlébitique ni de séquelle.

Départ au 24^e jour après l'intervention.

OBSERVATION N° 23

Madame Mer... 29 ans - 1956 - N° 1348.

Antécédents personnels : appendicectomie à l'âge de 19 ans. Kyste du sein opéré 8 ans auparavant.

III^e geste - III^e pare.

Indication opératoire : césarienne curative pour placenta prævia central avec présentation du siège.

Membranes intactes avant l'opération.

Intervention : sous anesthésie générale on extrait avec une certaine peine un enfant de 3 kg 100, mais il a fallu extraire le placenta avant le fœtus et l'hémorragie a été importante.

Apparition d'une phlébite au 9^e jour.

Le laboratoire nous montre une prothrombine à 78 %, un fibrinogène à 4,22 gr et une hypo-coagulabilité au test à l'héparine.

Pas de complication ni de séquelle phlébitique enregistrées.

Départ en excellent état au 20^e jour.

OBSERVATION N° 24

Madame Dec..., 41 ans - 1956 - N° 2214.

Antécédents personnels : rien à signaler.

IV^e geste - IV^e pare.

Indication opératoire : césarienne prophylactique itérative pour bassin rétréci.

Membranes intactes avant l'intervention.

Intervention : sous anesthésie générale césarienne longitudinale classique sans adhérences pariétales et stérilisation par résection des deux pavillons avec enfouissement des moignons.

Les suites immédiates sont bonnes mais apparition de la phlébite au 10^e jour.

Le laboratoire nous montre une prothrombine à 120 %, un fibrinogène à 6 gr, quant au test de résistance à l'héparine il traduit une légère hypercoagulabilité avec un indice voisin de 1,1.

Pas de complication mais oedème séquellaire.

Départ au 23^e jour après la césarienne.

OBSERVATION N° 25

Madame Ren..., 34 ans - 1955 - N° 2197.

Antécédents personnels : rien à signaler.

III^e geste - III^e pare.

Indication opératoire : césarienne prophylactique pour bassin rétréci (bassin aplati), césarienne itérative ; stérilisation associée. Membranes intactes avant l'intervention.

Intervention : sous anesthésie générale à l'éther, au protoxyde, à l'oxygène césarienne longitudinale segmento-corporéale avec résection des trompes, sans incident.

Les suites immédiates sont bonnes mais la phlébite se manifeste au 13^e jour.

Le laboratoire nous montre une prothrombine à 100 %, un test de tolérance à l'héparine pratiquement normal.

On ne note pas de séquelle ni de complication phlébitique.

Départ au 24^e jour après la césarienne.

CHAPITRE PREMIER

PHLÉBITES EN FONCTION DES INDICATIONS OPÉRATOIRES

Les indications des opérations césariennes ont été élargies depuis plusieurs années, et la multiplicité des facteurs en cause rend parfois un peu difficile le classement des observations.

La première catégorie de faits concerne les **césariennes prophylactiques**. En principe, ces interventions effectuées avant tout début de travail alors que presque toujours les membranes sont intactes, devraient présenter un minimum de complications phlébitiques ; mais les indications de césariennes prophylactiques sont assez diverses.

Il y a des cas tout à fait schématiques et classiques où la césarienne est effectuée pour éviter un **accouchement dystocique** : bassin très rétréci, présentation vicieuse irréductible, prophylaxie d'une grande déchirure du périnée, lorsque celui-ci a été réparé chirurgicalement après un accouchement. On peut y ajouter certaines interventions pour malformations utérines, atrésies vaginales, cicatrices cervicales ; nous plaçons aussi dans cette catégorie une intervention pour cancer du col, étant entendu que les cancers du col s'accompagnent pratiquement toujours d'une infection des tissus de voisinage susceptible d'entraîner l'apparition d'une phlébite ; cela n'a pas été le cas de notre observation.

Un deuxième groupe de césariennes prophylactiques a trait à des **interventions pratiquées dans l'intérêt de l'enfant en cas de maladie maternelle** : diabète, dysgravidie, éclampsie, iso-immuni-

sation, grossesse prolongée ; on doit ajouter ici quelques observations où l'intervention a été indiquée pour protéger au maximum la vie d'un enfant particulièrement précieux : femme ayant perdu plusieurs enfants et n'ayant pas d'enfant vivant, primipare âgée après une longue période de stérilité.

Il sera intéressant de savoir si le nombre des complications phlébitiques est plus grand dans le cas où la maladie maternelle était en cause.

On en arrive maintenant aux **césariennes curatives**, après **épreuve du travail ou épreuve utérine**.

Il s'agit de bassin modérément rétréci ou encore de présentation du siège, avec gros enfant, chez des primipares à bassin un peu juste. Un sous-groupe intéressant est représenté par les césariennes imposées pour **un placenta prævia**. Bien qu'un certain nombre d'entre elles soit fait en tout début du travail on peut les placer dans les césariennes curatives puisqu'elles sont imposées par une hémorragie grave.

On peut classer encore ici de rares césariennes faites dès l'apparition d'un **décollement prématuré d'un placenta normalement inséré** et aussi d'autres interventions imposées par des **anomalies de la contraction** utérine avec arrêt de la dilatation après échec d'une thérapeutique médicale active.

Nous allons maintenant étudier les phlébites en fonction des observations groupées suivant les principes que nous venons d'énumérer.

A) **Phlébites après césariennes prophylactiques.**

A propos de 282 césariennes prophylactiques nous rencontrons 17 phlébites du membre inférieur, soit un pourcentage de 6 %. Si nous répartissons ces césariennes prophylactiques en deux sous-groupes suivant que la césarienne a été faite pour éviter une dystocie ou qu'elle a été pratiquée dans des cas pathologiques, nous aboutissons au pourcentage suivant :

- Prophylaxie des dystocies :

Bassins rétrécis : 9 phlébites, soit 5 % des interventions.

Présentation vicieuses irréductibles : une observation sur 27 interventions.

Malformations utérines : 2 phlébites sur 9 interventions.

Périnéorraphie chirurgicale : 14 interventions, une phlébite.

- Césariennes prophylactiques dans les cas pathologiques : 4 phlébites à propos de 54 observations, soit un pourcentage approximatif de 7 %.

Prophylaxie de la mortalité infantile : 5 interventions, 3 phlébites.

Primipare âgé : 1 phlébite pour 11 interventions.

Nous n'avons relevé aucune complication phlébitique pour des interventions pratiquées pour diabète et iso-immunisation.

B) Nous en arrivons maintenant aux césariennes curatives

que nous répartissons en trois groupes.

Les césariennes après épreuve du travail.

Les césariennes pour hémorragie par placenta prævia.

Et enfin un troisième groupe sous la rubrique, divers : qui réunit quelques observations de dystocies fonctionnelles et de procidence du cordon.

Césarienne après épreuve du travail : 133 observations, 4 phlébites.

Césarienne pour placenta prævia : 54 observations, 4 phlébites.

Indications diverses : 28 cas, 1 phlébite.

Notons à propos de ces césariennes curatives, que nous n'avons observé aucune phlébite après intervention pratiquée pour décollement prématuré du placenta normalement inséré.

Cette énumération appelle quelques commentaires.

- En premier lieu il faut souligner l'importance du risque veineux puisque malgré des soins extrêmement attentifs nous rencontrons 25 cas de phlébites confirmées pour 500 césariennes, soit un pourcentage de 5 %, et ces phlébites ne sont pas bénignes puisque malgré une thérapeutique active, nous avons perdu une malade d'une embolie pré-phlébitique.

- En second lieu, on est frappé de constater que le pourcentage des phlébites est notablement plus élevé dans les césariennes prophylactiques que dans les césariennes curatives. A priori c'est le contraire qui devrait se produire. Nos chiffres paraissent significatifs puisque nous avons 17 phlébites pour 282 césariennes prophylactiques contre 8 phlébites pour 218 césariennes curatives.

On voit mal la raison de cette différence, en notant cependant le pourcentage un peu plus élevé des complications veineuses dans le groupe où l'intervention a été pratiquée, soit dans les antécédents de poly-mortalité infantile, soit pour obtenir à coup sûr un enfant vivant chez une primipare âgée présentant une petite dystocie.

Il faut en outre remarquer que nous avons un pourcentage de phlébites plus élevé chez les multipares que chez les primipares : 18 cas pour la première catégorie contre 7 cas dans la seconde, et il n'est pas douteux qu'un grand nombre de césariennes prophylactiques est pratiqué chez la multipare puisque les indications les plus fréquentes de telles interventions restent la notion d'une césarienne antérieure après épreuve du travail.

Quant aux césariennes curatives on est en droit de dire que les résultats sont assez satisfaisants puisque sur 218 observations nous ne relevons que 8 cas de phlébites.

Le pourcentage après épreuve du travail est environ de 3 %. Il est un peu plus élevé quand il s'agit de césariennes effectuées pour placenta prævia, 4 phlébites pour 54 observations et ceci correspond bien à ce que l'on pouvait penser a priori.

Remarques :

Il était également intéressant de chercher à savoir si ces phlébites étaient en rapport avec des incidents opératoires ; les résultats de nos investigations ne sont pas extrêmement significatifs. Dans douze cas sur 25 on a noté de petits incidents : hémorragies un peu plus abondantes que normalement au cours de l'intervention et aussi difficultés des sutures à l'occasion de césariennes itératives.

Quant à la question si intéressante en principe du moment de la rupture des membranes par rapport à celui de l'intervention

nous constatons simplement que 6 fois, la rupture des membranes avait précédé de plusieurs heures l'hystérotomie ; en aucun cas il n'existait de signes cliniques d'infection amniotique.

En résumé :

25 phlébites pour 500 césariennes.

17 phlébites après 282 césariennes prophylactiques.

8 phlébites après 218 césariennes curatives.

Donc augmentation du pourcentage des phlébites dans le groupe des interventions prophylactiques et, pour ce qui est des indications curatives, le pourcentage est un peu plus élevé après placenta prævia.

CHAPITRE II

ÉTUDE DES DONNÉES DU LABORATOIRE DANS LES CAS DE COMPLICATIONS PHLÉBITIQUES

Dans ce deuxième chapitre on aborde une question qui pourrait présenter un intérêt pratique de premier ordre à savoir l'étude des moyens dont nous disposons pour suspecter chez une opérée récente, une tendance possible aux complications phlébitiques.

Du point de vue clinique nous avons vu que si l'on devait se méfier particulièrement chez les primipares âgées et chez certaines femmes opérées pour placenta prævia rien de net ne pouvait inciter réellement à instituer une thérapeutique prophylactique des phlébites.

En est-il de même sur le plan des recherches biologiques.

Nous étudierons nos observations à deux points de vue en rapportant le résultat des investigations effectuées dans le Service.

Pratiquement dans tous les cas on a recherché le taux de prothrombine et de fibrinogène : pendant une longue période de temps on a étudié le test de tolérance à l'héparine. Depuis deux ans, on étudie le thrombo-élastogramme.

Cette étude de la coagulation du sang chez les opérées est effectuée toujours avant le 6^e jour étant entendu que après une césarienne, il paraîtrait dangereux, même si on avait de bonnes raisons de le faire, d'instituer un traitement anti-coagulant avant le 6^e jour suivant la naissance de l'enfant.

Nous allons analyser les faits qui ont été observés dans le Service.

a) **Prothrombine et fibrinogène :**

Le taux de prothrombine a été étudié dans 24 observations sur 25. 16 fois ce taux a été supérieur ou égal à 100 %. 8 fois il a été inférieur à ce chiffre. On peut penser que ces renseignements sont sans intérêt. On sait que chez la femme enceinte et aussi chez la femme récemment accouchée il existe une hyper-prothrombinémie physiologique s'élevant en moyenne jusqu'à 125 %. Par ailleurs la prothrombine n'est qu'un élément des facteurs de la coagulation et son dosage n'a d'intérêt pratique que dans la surveillance des femmes soumises à un traitement anti-coagulant.

En principe, comme l'a d'ailleurs montré GARNIER dans sa thèse, les taux de fibrinogène semblent plus intéressants. Ceux-ci ont été réalisés dans le Service 17 fois avant l'apparition d'une phlébite alors que cette recherche n'a pu être effectuée dans 8 autres observations de phlébites confirmées par la suite.

Chez ces 17 femmes qui ont présenté des phlébites après césarienne nous avons trouvé 11 fois un taux de fibrinogène supérieur à 5 grammes et 6 fois inférieur à ce chiffre. Ce qui est peut-être plus intéressant c'est la constatation d'un nombre particulièrement élevé du taux de fibrinogène : **7 fois supérieur à 7 grammes**. Il semble que dans ces cas surtout, on puisse attribuer une réelle valeur au taux de fibrinogène. Notons cependant que dans 6 cas ce taux est inférieur au chiffre normal.

b) On aborde maintenant le test de tolérance à l'**héparine** et le **thrombo-élastogramme**.

A propos de 25 observations de phlébite confirmée le test de résistance à l'héparine a été étudié 21 fois avant l'apparition de la phlébite. 12 fois ce test a traduit une tendance à l'hyper-coagulabilité tout en restant la plupart du temps au voisinage de la limite inférieure de la normale (indice compris entre 0,8 et 1,2).

6 fois ce test était strictement normal, la courbe du malade se superposant exactement avec celle du témoin.

3 fois enfin le test de tolérance à l'héparine indiquait une hypo-coagulabilité.

Quant au thrombo-élastogramme sa mise en pratique dans le Service est plus récente de telle sorte que nous ne connaissons que 5 observations de phlébite pour lesquelles le thrombo-élastogramme a été établi avant l'apparition de signes cliniques.

L'analyse des courbes ainsi établies montre que trois fois sur cinq existe une tendance à l'hyper-coagulabilité, mais une fois seulement cette tendance est suffisamment marquée pour qu'on puisse en tenir réellement compte.

Une autre fois le test est rigoureusement normal et dans un dernier cas il correspond à une hypo-coagulabilité.

Etant donné le petit nombre d'observations, nous avons voulu voir ce que donne le thrombo-élastogramme dans les suites des césariennes chez les femmes n'ayant présenté aucune complication veineuse et nous avons recueilli une série de 20 observations.

Ces 20 thrombo-élastogrammes qui encore une fois ont été enregistrés chez des opérés qui ont été par la suite exemptes de toute complication phlébitique nous ont donné les indications suivantes :

7 d'entre eux montrent une tendance nette à l'hyper-coagulabilité.

8 autres une tendance légère vers cette même hyper-coagulabilité.

Enfin 5, sont du type normal et ne permettent aucune conclusion.

Sans vouloir établir de pourcentage et également sans attacher une importance trop grande à un nombre restreint d'observations, on note cependant qu'il existe davantage de thrombo-élastogrammes traduisant une hyper-coagulabilité chez les femmes n'ayant pas présenté de complications veineuses que chez celles chez qui est apparu une phlébite.

On avait attaché de grands espoirs au test de tolérance à l'héparine et au thrombo-élastogramme qui en principe donnent des renseignements globaux et assez fidèles sur la coagulation du sang. Il faut reconnaître que dans le domaine obstétrical ces espoirs n'ont pas été confirmés.

Dans l'ensemble, par conséquent, aucun des moyens d'investigations mis en œuvre n'a permis de dépister à l'avance les risques de complications phlébitiques, de telle sorte que la question du traitement prophylactique des phlébites après les césariennes ne peut être envisagé dans le domaine pratique. D'une part le pourcentage de nos phlébites post-opératoires (5 %) ne suffit pas à justifier une thérapeutique prophylactique systématique, laquelle d'autre part présente des inconvénients sérieux; car les rares fois où une pareille action thérapeutique a été entreprise dans le Service (femmes ayant présenté des phlébites lors d'une grossesse antérieure) nous avons observé des accidents sinon graves, du moins fort ennuyeux et une fois en particulier un énorme hématome au niveau de la cicatrice. C'est pour ces cas qu'il aurait été si intéressant, de découvrir un moyen biologique donnant une sécurité suffisante; car bien entendu si l'on pouvait savoir chez chacune des opérées quel est le risque de phlébite, une thérapeutique prudente mais cependant efficace à base d'héparine pourrait être instituée. Il n'en est malheureusement pas ainsi pour le moment et dans le Service, on a complètement renoncé à une prophylaxie médicamenteuse des phlébites après césarienne.

CONCLUSIONS

Nous avons étudié les complications phlébitiques constatées chez 500 femmes césariées dans le Service et observées en série continue. Il s'agit de phlébites franches du membre inférieur.

1°) **Sur ces 500 observations 282 concernent des interventions prophylactiques** qui ont donné 17 phlébites, soit **6 % environ**. On peut distinguer les faits suivants : pour 228 césariennes pratiquées en raison d'une **dystocie préexistante**, on a observé 13 phlébites avec respectivement **9 cas** pour bassin rétréci, **1 cas** pour présentation vicieuse, **2 cas** pour malformation utérine, et **1 cas** en raison d'une périnéorraphie chirurgicale antérieure.

On note pour les 54 autres césariennes prophylactiques pratiquées pour **des cas pathologiques : trois phlébites** dans les cas où le motif de l'intervention était une polymortalité infantile et **une** seule phlébite quand il s'agissait d'une primipare âgée.

Pour ces mêmes 500 observations 218 concernent des interventions curatives qui ont donné 8 phlébites, soit **3,6 %** avec la répartition suivante :

4 phlébites après épreuve du travail ;

4 phlébites en cas de placenta prævia ;

1 phlébite lors de dystocie fonctionnelle ou de procidence du cordon.

On voit donc que le pourcentage des phlébites est significativement plus grand en cas de césarienne prophylactique.

La cause n'en apparaît pas nettement, il existe cependant un pourcentage plus important de multipares **relativement âgées** dans ce groupe de césariennes prophylactiques.

Pour ce qui est des césariennes curatives on note un fait intéressant, d'ailleurs classique : c'est la proportion un peu plus élevée de phlébites en cas d'intervention pour placenta prævia.

2°) On a cherché à l'aide de nos observations à voir si les tests permettant d'étudier la coagulation du sang dans les jours suivant l'intervention étaient susceptibles de donner des renseignements valables quant à l'importance du risque phlébitique.

Le taux de prothrombine est sans signification.

Les dosages de fibrinogène donnent des renseignements de peu de valeur. Peut-être pourrait-on leur accorder davantage de signification en ne tenant compte que des taux très élevés et supérieurs à 7 grammes.

Le test de tolérance à l'héparine et le thrombo-élastogramme eux non plus ne donnent pas de renseignements permettant d'instituer de façon réellement opportune une thérapeutique prophylactique.

Il faut naturellement continuer à rassembler des documents, mais on reconnaît que ceux qui ont été recueillis dans le Service à l'occasion des 500 dernières observations de césariennes n'ont en aucun cas permis de dépister avec une approximation intéressante la possibilité d'une phlébite.

Par ailleurs le traitement prophylactique présente quelques risques hémorragiques et ne saurait donc être systématique pour le moment. Aucun argument d'ordre clinique ou biologique ne permet en définitive d'instituer un traitement anti-coagulant préventif.

Vu :

Le Doyen,
H. HERMANN.

Le Président de la Thèse,
H. PIGEAUD

Vu et permis d'imprimer :

LYON, le 5 février 1963

Le Recteur, Président du Conseil de l'Université,
P. LOUIS.

BIBLIOGRAPHIE

AGUERO O. — Le lever précoce dans les césariennes. An. Brasil. Gin. Obs., Fév. 1950, 29, N° 2, 107-112 (Bibliogra.).

ALLEN-ARTHUR. — La maladie thrombo-embolique chez les opérés. Surg. Gynec. and Obst., janvier 1953.

AUZAS. — Contributions à l'étude de la prévention des accidents thrombo-emboliques post-opératoires. Thèse, Lyon, 1957.

BACK H. — Trombophlébite et thrombose à la fin de la grossesse et dans les suites de couches. Leur traitement par les anticoagulants. Zbl. Gyn., 20 juillet 1957, 79, N° 79, 1135-114 (Bibliogr.).

BERTHIER. — La césarienne segmentaire. Thèse Lyon, 1957.

BOURG R. et PUNDEL J.P. — La prophylaxie et le traitement des thromboses et embolies en gynécologie et en obstétrique. Emploi de l'héparine, retard. Gynaecologia. juill. 1954, 138, n° 1, 2-12 (Bibliogr.).

BAUER G. — Thirteen Years' Experience of Heparin Therapy. Basle international Conference on Thromboembolism, Basel, 1955, Benno-Schwabe et Cie, p. 721.

CADERAS L., KERLEAU J., CAZAL P. et IZARN P. — Aspects cliniques, pathogénie et traitement des phlébites du post-partum. Presse médicale, 14 nov. 1951, 59, N° 72, 1499-1502 (Bibliogr.).

CHATAIN J.A.R. — Essai de lever précoce après césarienne basse. Thèse, Paris, le 19 fév. 1947, N° 98, 56 pages.

CHOUKROUN J. et CHABIRER J. — La maladie thrombo-embolique au cours de la gravido-puerpéralité. *Angéologie*, n° 4 et 5, 1956.

CORREA DA COSTA C. et GUEDES PEREIRA H. — Phlébites et phlébotromboses puerpérales. *An. Brésil gin. Obst.*, févr. 1950, 29, N° 2, 135-142.

DAVIS W.L. — Phlébothromboses et thrombophlébites de la grossesse. *Am. J. Obst., Gyn.*, août 1951, 62, N° 2, 353-358.

DEVY. A propos de 58 cas de phlébites de suites de couches recueillies à la clinique obstétricale au cours d'une période de 10 ans. Thèse Lyon, 1931. 53 pages.

DIGONNET L., THOYER-ROZAT H. et DAFFOS J. — Thrombose et lever précoce en chirurgie gynécologique et en obstétrique. *Sem. Hôp. Paris*, 30 sept. 1954, 30, N° 59, 3279-3280 (Bibliogr.).

DUMAS Bernard. — 48 observations de maladie thrombo-embolique du post-partum recueillies en 7 ans et demi à la Clinique Obstétricale. Thèse Lyon, 1956. 82 p.

FAVRE-GILLY et Collaborateurs. La médication anticoagulante dans la prévention et le traitement des accidents veineux post-opératoires. *Lyon Médical*, janvier 1953.

FRILEUX C. — Diagnostic précoce d'une thrombose veineuse. *Revue du Praticien*, Tome X, N° 11, 1960.

GROLL Raymond. — De l'influence de l'état d'intégrité ou de rupture des membranes de l'œuf sur les suites opératoires de la césarienne basse pour bassin rétréci. Thèse Lyon, 1938. In-8.

GARNIER M. — Contribution à l'étude des anticoagulants modernes du type héparine et dicoumarol dans le traitement des phlébites et embolies pulmonaires post-opératoires. Thèse Lyon, 1950, 154 p. (Bibliogr.).

- GAVEL M. — Traitement et prophylaxie des phlébites en gynécologie opératoire. Rapport aux journées gynécologiques et phlébologiques de Luxeuil (mai 1955), in *presse Med.*, 26 oct. 1955.
- HAMPTON A.O. et CASTELMAN B. — *Am. J. Roentgenol.*, 1940, **43**, 305.
- JAMAIN B., LEROUX M. et LETESSIER A. — La thromboélastographie en obstétrique. *Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst.*, 1957, **9**, N° 4 bis, 666-668.
- JAMAIN B. — La thromboélastographie en obstétrique et en gynécologie. *Entretiens de Bichat (Chirurgie et Spécialités)*, 1957, 415-418.
- JAMAIN B., LEROUX M.E., MUSELET J., SOTTY M. et BEASLAY Y. — Problèmes nouveaux posés par la thrombo-dynamographie en obstétrique : les suites de couches et les phlébites. *Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst.*, 1959, **11**, N° 4 bis, 409-411.
- JAMAIN B. et LEGROS R. — Intérêt du test de tolérance à l'Héparine « in vitro » pour le diagnostic des thromboses veineuses du post-partum et pour suivre l'action du traitement. *Gynec., Obst.*, 1952, **4**, N° 1, 59, 62, 2 fig.
- KLEES E., HAUPT E. et HAUPT M. — Les maladies thrombo-emboliques au cours de la grossesse. *Zbl. Gyn.*, 3 janvier 1959, **81**, N° 1, 4-7 (Bibliogr.).
- LEROUX M.E., JAMAIN B. et CHEYMOL J. — La thrombo-dynamographie (thrombo-élastographie) en obstétrique et en gynécologie. *Rev. Franç. Gyn. Obst.*, janv. 1958, **53**, N° 25-48.
- LEROUX M. — Biologie et exploration de l'hémostase et de la coagulation. *Annales de biologie clinique*, 11^e année, N° 7-9, juil.-sept. 1953, 415-550 (Bibliogr.).
- LEVY-SOLAL E. et BADIN J. — De l'intérêt pratique de quelques tests biochimiques pour le diagnostic précoce et le pronostic de la phlébite du post-partum. *Concours Méd.* 19 avril 1952, **74**, N° 16, 1461-1464, 2 fig. (Bibliogr.).

- MALAGAMBA P.D.G. et PFEIFER G. — Le diagnostic des coagulopathies obstétricales à l'aide de la thrombo-élastographie. Zbl. Gyn., 18 nov. 1961, **83**, N° 46, 1829-1833 (Bibliogr.).
- MEIXNER H. — Résultat de l'utilisation prophylactique des anticoagulants après césariennes. Gynaecologia, 1961, **152**, N° 6, 391-393 (résumé français).
- MORIN P. et CHOUKROUN J. — Les thrombo-phlébites puerpérales. Presse Méd., 17 déc. 1960, **68**, N° 56, 2185-2186 (Bibliogr.).
- PIGEAUD H. et ZAHEDI E. — Action d'une dose standard de Dicoumarol chez les accouchées présentant une température sub-fébrile au 6^e jour des suites de couches. Presse Méd., déc. 1950, **58**, N° 81, p. 1413.
- PIGEAUD H., CHARVET F. et Mlle RICARD A. — Etude du taux de prothrombine chez les femmes normales au cours de la période des suites de couches. Lyon Méd., N° 12, 25 mars 1951.
- REITINGER J. et RIESS H. — L'application pratique de la prophylaxie moderne de la thrombose et son traitement au cours de la grossesse et des suites de couches. Wien. Klin. Woch., 21 janvier 1955, **67**, N° 3, 56-58.
- RENAISON H. — Considérations sur l'étiologie et le traitement des phlébites du post-partum. Thèse Montpellier, janv. 1953, 46 p. (Bibliogr.).
- SCHIAVO C.D. et CRIADO ALONSO M.S. — Conception actuelle sur l'étiopathogénie de la phlébite après césarienne. Semana med., 22 sept. 1949, **56**, N° 38, 517-525 (Bibliogr.).
- SCHMIDT-ELMENDORFF H.R. — Fréquence de la thrombose et de l'embolie obstétricale post-opératoire et leur prévention chimio-thérapique. Ther. gengenw., oct. 1951, **90**, N° 10, 364-368.
- SCHRECK W. — Les anticoagulants en obstétrique et en gynécologie. Munch Méd. Woch., 31 oct. 1952, **94**, N° 44, 2227-2229.

SOSA Y., SANCHEZ A.I. et RAIMONDI D. — Le lever précoce en chirurgie obstétricale. Prophylaxie de la thrombo-embolie. *Prensa Med. Argent.*, 3 août 1951, 38, N° 31, 1932-1936 (Bibliogr.).

THOYER-ROZAT J. — A propos d'un cas de thrombophlébite après césarienne traité par les anticoagulants et les antibiotiques. *Gynec. Obst. (suppl)*, 1950, 2, N° 3, 280-283.

TOULOUSE R. et LAIR P. — Quelques cas de phlébites puerpérales des membres inférieurs traités par l'héparine. *Bull. Soc. Gyn. Obs.* 1951, 3, N° 1, 112-113.

ULLERY J.C. — Maladie thrombo-embolique compliquant la grossesse et les suites de couches. *Am. J. Obst. Gyn. Nov.* 1954, 68, N° 5, 1243-1260. 6 fig., 7 tabl.

WEITZE W. — Le traitement des varices de la grossesse et leur importance pour la prophylaxie précoce de la thrombose. *Ther. Gegenw.*, oct. 1956, N° 10, 368-370.

WRIGHT H.P. — Thrombose veineuse au cours de la grossesse traitée par la dicoumarine. *J. Obst. Gyn. Brit. Emp.*, avril 1951, 58, N° 2, 272-277.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	15
OBSERVATIONS	17
CHAPITRE PREMIER. — Phlébites en fonction des indications opératoires	29
CHAPITRE II. — Etude des données du laboratoire dans les cas de complications phlébitiques	35
CONCLUSIONS	39
BIBLIOGRAPHIE	41
